№ 9. WARSZAWA, WRZESIEŃ 1938 ROK X.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. R. SŁUCKI.

ZAPOBIEGANIE, LECZENIE I SZCZEPIENIE TĘŻCA.

(dokończenie).

Lecznicze stosowanie surowicy przeciwtężcowej.

Przez szereg lat przypuszczano, że surowica przeciwtężcowa może być stosowana tylko zapobiegawczo: klinika jednak dowiodła, że duże dawki surowicy odpowiednio zastosowane, mogą przyczynić się do wyleczenia tężca. Wskazówki ogólne do stosowania leczniczego surowicy są mniej więcej takie: a) leczyć chirurgicznie ranę (wycięcie doszczętne zmiażdżonych tkanek i oczyszczenie rany, pałeczki Nicolaiera bowiem rozwijają się szczególnie w obecności innych mikrobów). Ranę należy codziennie tamponować surowicą w celu nasycenia jej antytoksynami. Jeżeli rana znajduje się w macicy, to należy wstrzykiwać do niej surowicę w ilości do 100 cm. dziennie; b) zastosować jaknajwcześniej surowicę i nie przerywać leczenia aż do zupełnego wyzdrowienia; c) wstrzykiwać jednocześnie wszystkimi znanymi nam drogami: domięśniowo, podskórnie, dożylnie, dolędźwiowo; d) stosować bardzo *wysokie dawki.*

Odnośnie dawek, różni lekarze zgadzają się co do *dużych* ilości surowicy, natomiast jeśli chodzi o *ilość* tej surowicy, to jest to kwestia ściśle indywidualna i zależy od doświadczenia lekarza oraz od ciężkości przypadku. Na ogół wstrzykuje się dziennie od 150 — 500 cm. surowicy. *Achard* stosuje naprzykład w przypadkach średnich 200 cm. dziennie, 30 dolędźwiowo, 50 podskórnie, 60 dożylnie i domięśniowo. Przed wstrzyknięciem surowicy dolędźwiowo należy wypuścić pewną ilość płynu mózgowo-rdzeniowego i ogrzać lekko surowicę. W następnych

dniach w razie pogorszenia się stanu chorego zwiększamy ilość surowicy, w razie zaś polepszenia się stanu, zmniejszamy dawki aż do wyleczenia. (Jeżeli to jest możliwe, to należy się starać zmieniać surowicę, używając surowicy końskiej, wołowej lub baraniej).

Wszyscy autorzy niemieccy zwracają szczególną uwagę na wstrzykiwanie w okolicę uszkodzenia lub do samego nerwu i wszyscy bez wyjątku są zdania, że przed wstrzyknięciem należy codziennie stosować najpierw metodę Besredki.

Obok leczenia surowicą stosuje się jeszcze *chloral* (wprowadzony do lecznictwa przez *Langenbecka* i *Verneuila)* doustnie i dorektalnie w celu zwalczania skurczów i złagodzenia wzmożonej pobudliwości odruchowej. Dawki chloralu wahają się od 6 — 15 gr. dziennie stosowanych doustnie i doodbytniczo codziennie (Rp. chloralhydrati 4,0 mucilago gummi arabici, aqua destilata aa 50,0 ds. do lawatywy—kilka razy dziennie). Oprócz chloralu stosuje się *morfinę* do 0 06 gr. Stwierdzono bowiem, że morfina i chloral wzmagają działanie surowicy.

Leczenie objawowe jest *bardzo ważne*. Chorego umieszcza się w oddzielnym pokoju zupełnie ciemnym i zaleca się bezwzględny spokój, gdyż najmniejszy szmer wywołuje kurcze, odżywia go się za pomocą lawatyw, kroplówek z soli fizjologicznej i glukozy, następnie jeżeli tego zachodzi potrzeba — przez zgłębnik nosowy. Stosuje się też podskórnie duże ilości soli fizjologicznej. Obok dwuch najważniejszych środków objawowych wyżej wymienionych *chloralu i morfiny*, możemy stosować przeciwko skurczom, drgawkom lub podnieceniu, *środki nasenne po kilka razy* dziennie: veronal 0,5, luminal i gardenal po 0,1, adalina po 0,5, wstrzykiwania dożylne gardenalu sodowego, jednego lub dwuch cm. 20% luminalu sodowego podskórnie i dożylnie, 2 cm. sonerylu sodowego, 2 cm. somnifenu dożylnie itd. kilka razy dziennie. W razie szczękościsku wstrzykujemy do mięśni żwacza 1 — 5 cm. ½ % nowokainy. W ciężkich przypadkach dodajemy środki nasercowe. Należy być przygotowanym na porażenie oddechu, wobec czego dobrze jest mieć w pogotowiu lobelinę 0,003 — 0,01 wstrzykiwaną domięśniowo i dożylnie, atropinę 0,001, kardiazol 0,1, hexeton 1%, dożylnie koramina do 5 cm. wszystkimi drogami, fizostygminę salicylową ½ mgr. itd., czasami trzeba zastosować sztuczne oddychanie, wziewanie tlenu, tracheotomię. Stosujemy też prawie zawsze wapń w ilości do 6 gr. dziennie doustnie, domięśniowo, dożylnie oraz cały szereg innych środków przeciwskurczowych i antyanafilaktycznych. Niektórzy stosują balneoterapię w celu złagodzenia skurczu.

U niemowląt wstrzykuje się od 25 — 50 cm. surowicy w okolicę pępka i 10 — 20 cm. do kanału rdzeniowego, ranę należy *otworzyć*, brzegi oczyścić, wyciąć i tamponować surowicą. Poza tym stosujemy chloral, kilka razy dziennie w lawatywie po 0.5 — 1.0.

To klasyczne leczenie tężca *surowicą, chloralem, morfiną* i wapniem nie dało jednak oczekiwanych wyników. Bardzo często jad związany silnie z komórkami nerwowymi, nie odczepia się od tkanki mózgowej, nie pozwalając surowicy przeciwdziałać toksynie związanej. Leczenie surowicą zmniejszyło tylko w małej ilości śmiertelność tężca, która w dalszym ciągu była olbrzymia. Statystyka *Etienna* w Nancy wykazała, że bez surowicy śmiertelność wynosiła 90%, podczas gdy po zastosowaniu jej wahała się od 10 — 70%, stosownie do czasu trwania okresu wylęgania. Według tego autora przy krótkim okresie wylęgania: 3 — 4-dniowym śmiertelność dochodzi do 70%. Statystyka *Fabrisa* z r. 1930, opierająca się na 61 przypadkach obserwowanych od roku 1923 do 1928 wykazuje, że czas wylęgania nie odgrywa dużej roli, gdyż można zaobserwować ciężkie przypadki przy długim czasie wylęgania, oraz lekkie przypadki przy krótkim czasie wylęgania. Ciężkość przypadku zależy od zarodników. Najczęściej tężec występuje po skaleczeniu się gwoździem w nogę, w tych wypadkach surowica musi być koniecznie zastosowana zapobiegawczo. Wyjałowienie rany i wycięcie tkanek jak najdokładniej nie zawsze zapobiega tężcowi, który wtedy jest bardzo lekki. Tężec pooperacyjny występuje po operacjach na jelitach i na drogach żółciowych u nosicieli zarodników. Tężec przebiega przeważnie bez temperatury i wystąpienie gorączki jest złym znakiem. Powikłania: odoskrzelowe zapalenie płuc, choroba posurowicza, ropienie rany. Najlepszą metodą leczenia, była ta, która polegała na zablokowaniu dróg którymi krąży toksyna. Fabris wstrzykuje surowicę w obrębie dotkniętej kończyny, szczególnie najbliżej pni nerwowych. Inne drogi służą do dopełnienia leczenia.

Metoda Dufour'a.

Już bardzo dawno spostrzeżono, że można uspokoić skurcze w tężcu przez wąchanie eteru (*Prevost* 1851), lub przez odurzenie alkoholowe (*Grisolle* 1879). *Lehman* w r. 1917 usypiał chloroformem i wstrzykiwał surowicę bardzo wolno w celu uniknięcia wstrząsu. Ten sposób leczenia opracował dokładnie Dufour i wprowadził go jako swoją metodę leczenia do terapii tężcowej (1924 — 1925). Autor ten podał cały szereg przypadków leczonych z dobrym wynikiem jego metodą, polegającą na *wstrzykiwaniach dolędźwiowych surowicy przeciwtężcowej podczas 45 minutowego uśpienia chloroformowego*. Od tej chwili inni autorzy zaczęli też stosować metodę Dufour'a i otrzymywali bardzo dobre wyniki.

Dufour wykazał, że narkoza uwalnia jady związane z komórkami nerwowymi i pozwala w ten sposób surowicy przeciwtężcowej rozpocząć swoje działanie przeciwtoksyczne. Wiadomo, że toksyna tężcowa wiąże się z substancją nerwową. W doświadczeniu *Wassermana* i *Tabaki* tkanka mózgowa zgnieciona razem z tą toksyną, neutralizuje tę ostatnią. Ale jak

wykazali *Marie* i *Tiffeneau* (1908) — jeżeli dodajemy do emulsji mózgowej w toksynie alkohol lub eter, to toksyczność znów się pojawia, dlatego że toksyna poprzednio związana z substancją mózgową uwalnia się od niej przez działanie alkoholem lub eterem, które mają wielkie powinowactwo do tkanki mózgowej. *(Owerton)*. *Clerc* wykazał, że jeżeli się wiruje mieszaninę tkanki mózgowej i toksyny, górna warstwa płynu wstrzykniętego myszy, nie wywołuje tężca, ale gdy do tej mieszaniny dodamy chloroform, eter lub chlorek etylu, płyn wstrzyknięty wywołuje tężec. Poza tym stwierdzono, że z chwilą gdy środek narkotyczny ulatnia się, tkanka mózgowa znowu utrwala na sobie toksynę. Jest to więc zjawisko odwracalne. Z tych doświadczeń można wyciągnąć wniosek leczniczy taki: po zastosowaniu narkozy ogólnej należy natychmiast wstrzykiwać surowicę, żeby antytoksyna mogła odrazu *zadziałać* na uwolnioną toksynę i zneutralizować ją. W ten sposób ta ostatnia nie będzie mogła znowu utrwalić się w komórkach mózgowych. Praktycznie surowicę należy wstrzykiwać, *przed, podczas i po narkozie*. Stwierdzono również, że uwolnienie się toksyny jest prędsze i lepsze, gdy się stosuje eter zamiast chloroformu, dlatego też niektórzy stosują narkozę eterową.

Metodę Dufour'a stosuje się w sposób następujący: codziennie przez szereg dni podczas 30 — 45 min. uśpienia chloroformowego chory dostaje dolędźwiowo po uprzednim wypuszczeniu płynu mózgowo-rdzeniowego od 20 — 50 cm. surowicy. Oprócz tego, przed, podczas i po narkozie stosuje się bardzo duże ilości surowicy, podskórnie, domięśniowo i dożylnie oraz w pobliżu wszelkich pni nerwowych, razem dzennie chory dostaje 300 — 400 cm. surowicy. Poza tym chory otrzymuje środki objawowe: choral do 12 gr. dziennie, morfinę, brom w dużych dawkach i cały szereg innych środków przeciwskurczowych. Wycięcie brzegów rany wykonuje się również w uśpieniu chloroformowym. Metoda ta zmniejsza niebezpieczeństwo ubocznych objawów surowicy.

Już w r. 1908 *Roux* i *Besredka* wykazali, że wstrząs anafilaktyczny, który może wystąpić po wstrzyknięciu surowicy nie zjawia się, jeśli wstrzykuje się surowicę podczas narkozy eterowej lub chloroformowej. W rzeczywistości u ludzi objawy uboczne i wstrząsowe mogą wystąpić, są jednak lekkie i łagodne. Metodę Dufoura można tedy stosować przy pomocy chloroformu lub eteru. Początkowe powodzenie tej metody zachęciło szereg innych autorów do zastosowania zamiast chloroformu lub eteru całego szeregu innych środków narkotycznych lub znieczulających, tym bardziej, że te same rozważania odnośnie działania narkozy chloroformowej można zastosować do środków nasenno-znieczulających grupy barbiturowej jak: awertyna, Ewipan lub do środków, które mają silne powinowactwo do tkanki mózgowej. Stosowano np. *somnifen* dożylnie w ilości 6 gr. dziennie razem z surowicą. *(Vacarezzi, Vidal, Peroneri)*. *Etienne* i jego współpra-

cownicy stosowali dożylnie *gardenal* i surowicę. Inni znów stosowali środki nasenne razem z eteryzacją lub chloroformizacją.

Z innych metod, stosowanych w tężcu wyliczymy jeszcze następujące:

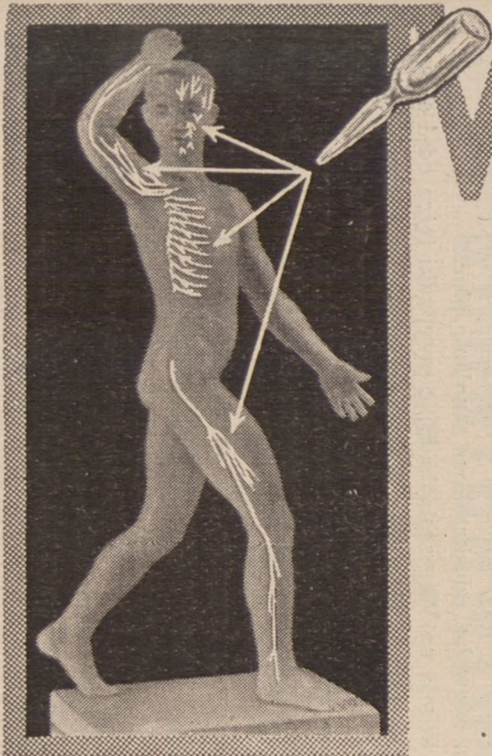
a) *Spanyi* leczy tężec surowicą wstrzykiwaną dożylnie, domięśniowo, dordzeniowo i podskórnie z kilkakrotnym wstrzykiwaniem podskórnym 5 — 10 cm. własnego *płynu* m. r. chorych pobranego przy nakłuciu lędźwiowym i twierdzi, że ten zabieg tak samo działa, jak chloroform. Metoda ta nazywa się *autoliquoroterapią.*

b) *Hoffa* i *Zylberstein* stosują zamiast chloroformu *eufilinę* jednocześnie z surowicą.

c) *Kuraryna.* Anglicy zaczęli ostatnio stosować kurarynę. Jest to czynny składnik kurary, który poraża mięśnie poprzecznie prążkowane przez zahamowanie dopływu bodźców idących wzdłuż nerwów. Kurarynę podaje się w tężcu w celu zniesienia kurczu mięśni. *Mitchell* stosuje kurarynę w następujący sposób: a) zobojętnia on jad tężcowy antytoksyną dożylną; b) znieczula chorego awertyną i morfiną w celu ochrony przed wewnętrznymi podnietami i w celu oczyszczenia rany; c) podaje brom w dużych ilościach w celu osłabienia odruchów rdzeniowych; d) działa na kurcze mięśniowe za pomocą chlorowodorku kuraryny (1 cm. zawiera 1 mgr.) roztwór przyrządza się co kilka dni i podaje się podskórnie rozpoczynając od 0.1 mgr.; e) leczy miejscowe ogniska zakażenia i e) starannie odżywia chorego. *West* stosuje kurarynę w postaci ciepłej kroplówki dożylnej i po wystąpieniu pierwszych objawów zadziałania (osłabienie ruchów języka, opadnięcie powiek) dawkę ustala się przeciętnie na 0 25 mgr. na kg. wagi i na godz. Niestety, środek ten jest bardzo niebezpieczny, gdyż wywołuje skurcze oskrzeli i krtani. Poraża on oddech tak nagle, że nigdy nie można przewidzieć chwili tego powikłania.

d) Niektórzy leczyli tężec dożylnymi wstrzykiwaniami *alkoholu* łącznie z surowicą w bardzo dużych dawkach. Opierając się na doświadczeniach, przeprowadzonych w r. 1908 in vitro przez *Marie* i *Tiffeneau,* z których wynika, że alkohol ma mieć te same własności, co chloroform. *Merle, François* i *Jouwe* zastosowali 33% roztwór alkoholu w hypertonicznym 30% roztworze cukru codziennie dożylnie w ilości 40 cm. łącznie z surowicą podawaną podskórnie, domięśniowo i dożylnie.

e) *Fourmestroux* próbował stosować surowicę *dotętniczo,* opierając się na dodatnich wynikach wstrzykiwania dotętniczego surowic w przypadkach ciężkich zakażeń kończyn. Autor podawał w tężcu surowicę swoistą do tętnicy szyjnej, jako że toksyna atakuje centra mózgowe i że surowica bezpośrednio tam podana ma możność szybszego zadziałania. Autor podawał 60 cm. dziennie i twierdzi, że jest to zabieg prosty i łatwiejszy niż wprowadzenie surowicy do kanału rdzeniowego.



Vaccineurin w ręku lekarza

1. znakomity środek przeciwko chorobom układu nerwowego, wypróbowany od blisko 20-tu lat we wszystkich cywilizowanych państwach;
2. niezawodne działanie wywołujące gorączkę.

PYOCYANAZA oryginalna

biologiczny, zabijający bakterie i rozpuszczający błony i naloty, preparat przeciw zakaźnym chorobom skóry i błon śluzowych, oraz przeciwko upławom. Pyocyanaza nie jest chemicznym środkiem odkażającym.

Stosowanie przez rozpylanie lub pędzlowanie, inhalację, nastrzykiwanie, wkraplanie i płukanie w rozcieńczeniu 1 : 4.

Preparaty te są obecnie wyrabiane na zasadzie licencji
Saskiej Wytwórni Surowic S. A.
Drezno
w Chem.-Farm. Zakładach Przemysłowych
Fr. KARPIŃSKI S. A.
w Warszawie



Wyłączna sprzedaż na Polskę w firmie:
BRESZEL i BRUZDA
Spółka Komandytowa
dawniej JÓZEF BRESZEL i S-ka
(DZIAŁ SZCZEPIONEK)
WARSZAWA, Pl. Małachowskiego 2

Z drugiej strony *Achard* i in. dowiedli, że podawanie surowicy do kanału kręgowego jest nietylko trudne do wykonania z powodu skurczu mięśni, ale powoduje często aseptyczne zapalenie opon, a po drugie bezpośrednie działanie surowicy na ośrodki nerwowe jest bardzo wątpliwe. *Chalier* i *Cameli* twierdzą, że drogi *podpajęczynowe* nie powinny być użyte do wlewania surowicy leczniczej, nie ma bowiem toksyny tężcowej w płynie m. r. Ten płyn otacza oś mózgowo-rdzeniową, ale nie łączy się z nią bezpośrednio, tak że płyny wstrzykiwane do płynu m. r. docierają do komórek nerwowych drogą okrężną, tzn. drogą krążenia krwi.

Z przeglądu wszystkich metod leczenia tężca widzimy, że leczenie dużymi dawkami surowicy przeciwtężcowej pozostaje nadal *podstawą* leczenia tej strasznej choroby. Wobec niepowodzeń dość częstych starano się wprowadzić najrozmaitsze środki celem zwiększenia skuteczności surowicy (chloral, morfina, chloroform, Ewipan, awertyna, siarczan magnezu, alkohol). Wśród tych środków pierwsze miejsce zajmuje ciągle we Francji uśpienie chloroformowe lub eterowe. Niestety, w miarę stosowania chloroformu, okazało się, że jest to środek bardzo szkodliwy. Chloroform pogarsza często stan chorego przez swe ujemne działanie na wątrobę, która jest głównym narządem odtruwającym. Kilkakrotne stosowanie chloroformu wywołuje niedomogę wątroby, żółtaczkę oraz niedomogę nerek i mocznicę. Stosując w tężcu wyciągi wątrobowe, autorzy spostrzegli, że one ochraniają chorych od żółtaczki. Kiedy odstawiano wyciągi, żółtaczka powracała. Badania *Warenburga* i *Briessensa* wykazały, że u chorych leczonych surowicą i uśpieniem chloroformowym powstaje we krwi hyperazotemia, zwiększenie azotu mocznikowego, azotu całkowitego bezbiałkowego a szczególnie azotu polypeptyzowego. Te zaburzenia są wywołane przez zespół wątrobowo-nerkowy. Dlatego też radzą oni, aby przy stosowaniu metody Dufoura podawano koniecznie *wyciągi wątrobowe* oraz środki diuretyczne wraz z roztworem soli fizjologicznej i glukozy. Chloroform może też wywołać odoskrzelowe zapalenie płuc.

Backay i *Klimki* na Węgrzech, badając przypadki tężca od 1 stycznia 1928 do 1 kwietnia 1932 r. zebrali 1362 przypadki, w których śmiertelność wynosiła 61%. Według tych autorów tężec wybucha najczęściej po ukłuciach, następnie idą rany tłuczone, miażdżone, oparzenia i odmrożenia. Tężec zjawia się najczęściej przed 20 rokiem życia. Badając leczenie tych chorych autorzy ci stwierdzili:

Leczenie surowicą i morfiną 577, przypadk. śmiertel. 57,8%.

Leczenie surowicą, siarczanem magn. i morfiną 46, przypadk. śmiertelnych 62,2%.

Leczenie surowicą i luminalem 15, przypadk. śmiertel. 66,7%.

Inne, 32 przypadki, śmierteln. 100%.

Jeżeli dodamy do tej statystyki opinię autorów francuskich, że śmiertelność metodą Dufour'a przekracza 60%, to zrozumiemy, że żadna z do-

tychczas stosowanych metod nie jest dobra i że należy każdą wypróbować z oddzielna. Zresztą każdy z autorów chwali swoją metodę. Widzimy więc, że leczenie tężca należy do *przyszłości*. W tej chwili jednak jedno jest pewne, surowica przeciwtężcowa w dużych dawkach pozostaje jedynym i niezastąpionym *środkiem* leczniczym tężca. Środki zaś dodatkowe jak awertyna, ewipan, siarczan magnezu itp. powinny być stosowane przez specjalistów, mających duże doświadczenie w sposobie ich używania.

Anatoksyna tężcowa Ramona.

Czynne uodpornienie człowieka przeciw tężcowi czyli szczepienie.

Widzimy wyżej, że leczenie tężca jest niepewne. Myśli więc autorów skierowane znów zostały ku zapobiegnięciu tej strasznej chorobie. W tym celu stosowano, jak wiemy, surowicę przeciwtężcową. Bierne uodpornienie przeciwtężcowe za pomocą surowicy, zawierającej swoistą antytoksynę, ma jednak tę wadę, że wywołuje tylko krótkotrwałą odporność. Odporność bierna występuje wprawdzie niemal natychmiast po wstrzyknięciu surowicy, trwa jednak krótko. Po 10 — 14 dniach antytoksyna zostaje całkowicie wydalona z ustroju i jeżeli w chwili wygaśnięcia odporności biernej rana nie jest jeszcze wygojona i zawiera jeszcze zarazki względnie zarodniki tężca, to z jednej strony zachodzi konieczność powtorzenia zastrzyków surowicy, a z drugiej strony dochodzi do tzw. tężca spóźnionego. To ponawianie zastrzyków surowicy może wywołać wstrząs anafilaktyczny. W wielu znów wypadkach surowicy się nie stosuje, gdyż zranienie jest zbyt powierzchowne. Tężec jednak może wystąpić u tych ludzi. Te wszystkie wady uodpornienia biernego były bodźcem do szukania i uzyskania długotrwałej odporności czynnej. Ramon już w r. 1923 zaczął badać własności uodporniające anatoksyny, tj. toksyny tężcowej osłabionej przez zadziałanie formaliną. Wyniki tych badań świadczyły na korzyść metody uodparniania czynnego anatoksyną tężcową. Szereg autorów na podstawie swoich doświadczeń doszedł do następujących wniosków: 1) uodpornienie anatoksyną nie daje żadnych szkodliwych następstw, 2) im dłuższa jest przerwa pomiędzy wstrzykiwaniami anatoksyn, tym znaczniejszą uzyskuje się odporność, 3) uzyskana odporność na tężec odznacza się wieloletnią trwałością, 4) należy dążyć do podniesienia jakości toksyny, celem uzyskania znacznej odporności już po jednorazowym wstrzyknięciu:

Sposób stosowania anatoksyny tężcowej u ludzi. Uodparnianie anatoksyną obejmuje trzy zastrzyki podskórne, dokonywane w odstępach trzytygodniowych. 1-szy zastrzyk — 1 cm., 2-gi — 1½ cm., 3-ci — 1½ cm. Anatoksynę najlepiej jest wstrzykiwać w obrębie dołu podgrzebieniowego. Dostatecznie silna odporność ustala się dopiero w kilka dni po drugim zastrzyku. Ramon gorąco zaleca szczepienie kombinowane (ana-

toksyna tężcowa z błoniczą), anatoksyna tężcowa, szczepionka przeciwdurowa, lub wreszcie anatoksyna tężcowa, anatoksyna błonicza i szczepionka przeciwdurowa). By spotęgować odporność i przedłużyć czas trwania anatoksyny, należy w rok po szczepieniu dokonać dodatkowego wstrzyknięcia anatoksyny (2 cm.). Z powodu braku próby w rodz. próby Schicka, nie możemy sprawdzić, czy szczepienie jest trwałe jeszcze po 5 latach, dlatego należy po tym czasie wstrzyknąć jeszcze raz 1½ cm. anatoksyny. *Wskazania:* anatoksynę tężcową stosować można zarówno *sporadycznie* (w przypadkach zranień), jak też na drodze *systematycznego szczepienia* tych grup ludności, które są najbardziej narażone na zakażenie tężcem (dzieci, wojsko, rolnicy). W wypadkach stosowania sporadycznego anatoksynę kombinować trzeba z surowicą (3000 j. a. sur. i 1 cm. anatoksyny), po 2 tygodn. 1½ cm. anatoksyny, dawkę tę należy powtórzyć po 3 tygodn., surowicy nie należy wstrzykiwać w tym samym miejscu, kombinowanie surowicy z anatoksyną daje nam rękojmię skuteczności i postępowania zapobiegawczego, bezpośrednio bowiem po wyganięciu odporności biernej, ustala się odporność czynna, dostatecznie silna, by skutecznie uchronić przed zakażeniem. Przeciwwskazania: schorzenia ostre, sprawy zakaźne skóry, dychawica oskrzelowa, zły stan ogólny.

Paryskie Stow. Chirurgów wyłoniło specjalną komisję, złożoną z najwybitniejszych chirurgów Francji w celu zbadania konieczności systematycznego szczepienia przeciwtężcowego metodą Ramona, stwierdziła ona, że na całym świecie śmiertelność tężca jest jeszcze olbrzymia, mimo stosowania surowicy zapobiegawczej. Należy więc zastosować systematyczne szczepienia anatoksyną. Projekt komisji przewiduje w najbliższej przyszłości masowe szczepienia dzieci, zmniejszy to ilość zachorowań do minimum i odsunie od lekarzy dręczącą w wielu wypadkach niepewność w wyborze sposobu zapobiegania tężcowi.

Dr. W. PEREL (Białystok).

LECZENIE UPŁAWÓW

W związku ze znacznym rozwojem i postępem wiadomości o istocie upławów, zmieniły się również i metody postępowania, których celem jest leczenie przyczynowe. Leczenie to, oparte na danych biologicznych, dąży do przywrócenia normalnych cech zawartości pochwowej przez usunięcie bakterii normalnie w pochwie niespotykanych i utrzymanie normalnych bakterii pochwowych. W ostrych przypadkach przeprowadza się leczenie zachowawcze, w przewlekłych natomiast terapię proteinową, lokalną swoistą i nieswoistą oraz kąpiele.

Dawniej stosowane metody lecznicze w postaci płukań pochwy roztworami sublimatu, jodoformu są całkowicie bezskuteczne, a niekiedy nawet szkodliwe ze względu na możliwość uszkodzenia tkanek względnie usunięcia normalnej flory bakteryjnej. Neusseri i Willers wprowadzili do leczenia zamiast jodoformu i kwasu salicylowego bolus alba, choleval. natr. bicarb. Są to substancje hygroskopijne, w minimalnym tylko stopniu drażniące śluzówkę. Najczęściej używa się choleval i bolus alba w stosunku 3 : 100 i przepłukuje się pochwę 2 — 3 razy w tygodniu.

Metoda Lahma i Mengego uwzględnia w pierwszym rzędzie podłoże. Autorzy ci stosują rezorcynę w postaci kuleczek pochwowych; co 2 — 3 dzień wprowadza się kuleczkę pochwową według oryginalnego przepisu:

Rp. Resorcini 0,3, Zinci oxyd. 1.0, glycerini gtt. IV, but. Cacao ad 2.5. Przed wprowadzeniem czopka, pochwę oczyszcza się na sucho iałowym tamponem. Niezależnie od tego chora 2 razy dziennie dokonywa płukań pochwy rumiankiem. Zdaniem Mengego metoda skuteczna jest tylko przy powierzchownych ubytkach śluzówki, przy głębszych natomiast poleca t. zw. kąpiele lapisowe t.j. przemywanie pochwy 2 — 3% roztworem $AgNO_3$ w odstępach 8-dniowych. W międzyczasie dokonywa się przepłukiwań rumiankiem. Przy stanach nieżytowych szyjki macicy używa się 5 — 10% roztworu lapisu, wprowadzonego sondą Playfaira. Skuteczne są również czopki ichtiolowe, wprowadzane 2 — 3 razy tygodniowo do pochwy. Po ukończeniu całkowitej kuracji wskazana jest kontrola bakteriologiczna.

Leczenie fizykalne i proteinowe ma na celu wzmożenie czynności komórkowej. Leczenie fizykalne powoduje przekrwienie, proteinowe natomiast bezpośrednio zwiększa siły obronne ustroju.

W stanach nieżytowych szyjki macicy używa się najczęściej pręcików Parthagonowych, które zakłada się codziennie lub co 2-gi dzień do szyjki. Wyniki są zachęcające — wydzielina ropna zamienia się w śluzową, upławy stopniowo się zmniejszają. Dobrze goją się w ten sposób nadżerki szyjki, przy czym flora pochwy ulega zmianie mimo to, że nie stosowano specjalnego leczenia w tym kierunku.

W leczeniu nieżytów pochwy stosuje się z niezłym wynikiem bacillosan, szczególnie dobre wyniki uzyskuje się po zastosowaniu granulogenu. Po 2 tygodniowej kuracji w połowie przypadków flora pochwy staje się normalną, jednocześnie ustępują objawy zapalne oraz ubytki śluzówki.

Dr. A. FELDMAN.

NAJNOWSZE METODY LECZENIA RZEŻĄCZKI ŚRODKAMI CHEMOTERAPEUTYCZNYMI.

Wkrótce po wprowadzeniu związków sulfamidowych, o działaniu swoistym na paciorkowce, w leczeniu róży — świat lekarski zaczął je próbować i stosować nie tylko we wszystkich innych zakażeniach paciorkowcowych, jak: gorączka połogowa, ropnie i ropowice, zakażenia paciorkowcowe skóry, ale też we wszystkich innych schorzeniach infekcyjnych, spowodowanych innymi drobnoustrojami. Stąd tak liczne zastosowanie tych związków w czyraczności, zapaleniu opon mózgowych, zapaleniu jelita grubego, biegunkach, zapaleniu pęcherza i miedniczek, zapaleniu opłucnej i otrzewnej, durze brzusznym, anginach i t. d. Spostrzeżono jednak szybko, że preparaty sulfamidowe dają coprawda czasami niezłe wyniki w leczeniu wyżej wymienionych schorzeń, lecz z drugiej strony wywołują cały szereg objawów ubocznych, toksycznych, w wielu wypadkach bardzo poważnych a nawet powodujących zejście śmiertelne. Niektóre z tych ubocznych objawów ustępują szybko po odstawieniu leku, niektóre zaś trwają dość długo, stanowiąc poważne powikłania już nietylko schorzenia ale leczenia. O tych objawach pomówimy niżej, gdyż są one identyczne z objawami, wywołanymi przez środki chemiczne, stosowane obecnie w rzeżączce.

Doświadczenia kliniczne wykazały, że środki sulfamidowe nie powinny być stosowane dłużej, jak przez *kilka* dni, a dzienne dawki ich powinny być małe lub najwyżej średnie. Obecnie sprawa stosowania środków sulfamidowych przedstawia się następująco: pewna część autorów stosuje te preparaty przeważnie w schorzeniach czysto paciorkowcowych oraz tam, gdzie stwierdza się powikłania tymi drobnoustrojami, zachowując przy tym wyżej wspomniane wskazania. Inni zaś, nie uważając wcale środków sulfamidowych za ciała przeciwbakteryjne, tak jak to twierdzi część uczonych, ale jedynie za środki pobudzające siły obronne ustroju, stosują w dalszym ciągu związki sulfamidowe w schorzeniach niepaciorkowcowych, otrzymując często dobre wyniki. Twierdzą oni, że te środki wywołują przestrojenie ustroju. Obie te teorie odnośnie mechanizmu działania sulfamidów nie zostały dotychczas dostatecznie wyjaśnione. Fakt ten spowodował, że szereg autorów zastosował te preparaty w rzeżączce, tym bardziej, że po odkryciu Prontosilu przez autorów niemieckich i dobrych wynikach otrzymanych w róży, wszystkie pracownie chemiczne świata zaczęły wyrabiać szereg nowych ciał chemicznych, podobnych do pierwowzoru lub częściowo zmienionych, w celu otrzymania związku działającego swoiście w rzeżączce. Ciał tych zrobiono już kilka tysięcy, gdyż wystarcza, aby pewną grupę chemiczną przestawić lub zmie-

CHEMICZNA FABRYKA DAWNIEJ SANDOZ
BAZYLEA, SZWAJCARIA

W przewadze nadmiernego podrażnienia układu współczulnego — **GYNERGEN**

w stanach amfotonii — **BELLERGAL**

Współpr. nauk. Firmy Sandoz. **Inż. Karol Antoni SOMMER, Warszawa 1. Hoża 42 m. 8**
Telefon 8.09-36



Leciferrina

Nr. rej. 1520.

Ovolecithina z żelazem

Znany środek odżywczy i wzmacniający

stosowany:

w osłabieniach, blednicy, anemii, neurastenii i w rekonwalescencji

Flakon	1/1	ca 500,0	zł.	**4 70**
„	1/2	„ 250,0	„	**2.70**

SCOTT & BOWNE Sp. Akc. Warszawa, Okopowa 21/23

nić w pierścieniu benzenowym, który jest podłożem tych preparatów, aby nowe ciało otrzymało inne własności bakteriobójcze lub przestrzeniowe. Przypuszcza się obecnie, że działanie tych leków zależy nie od infekcji, ale od drobnoustroju. Każdy drobnoustrój wymaga swojego preparatu chemicznego.

Odnośnie rzeżączki należy zaznaczyć, że już od wielu lat uczeni pragnęli aby leczenie tego tak częstego schorzenia było krótsze, bardziej wygodne i mniej kosztowne. Idealnym środkiem w rzeżączce byłby właśnie taki preparat chemiczny, któryby, zabijając zarazek (leczenie przyczynowe) działał szybko i nie szkodził ustrojowi. W roku 1912 *Duhot* pierwszy zastosował chemoterapię w leczeniu rzeżączki, podając 914. *Janet* i *Levy-Bing* wypróbowali ten środek u swoich chorych, który niestety okazał się nieskuteczny. Od tego czasu wypróbowano w rzeżączce pyridinę, akrydynę, gonakrynę i ich pochodne, ale bez oczekiwanych wyników. W rzeczywistości do ostatnich trzech lat chemoterapia zakażeń drobnoustrojowych a między innymi i gonokokowych nie istniała prawie wcale. Stan ten trwał aż do roku 1935, kiedy to Domagk ogłosił swoje słynne i tak bogate w następstwa prace o Prontosilu. Historia jego odkrycia jest tak ciekawa, że pozwalamy sobie ją podać w skróceniu.

W roku 1935 *Domagk* doniósł, że dzięki pracom chemicznym *Herleina, Mietscha* i *Klarnera* oraz jego, jako mikrobiologa, uczonego i eksperymentatora udało się wykryć ciała azo-sulfamidowe zwane 4-sulfamido-2, 4, diaminoazobenzenem lub chryzoidyną sulfamidową.

W rzeczywistości jednak chemicy niemieccy już od wielu lat pracowali nad barwnikami organicznymi z grupy azowej. Dopiero w r. 1932 *Klarer* i *Mietsch* zrobili syntezę wyżej wspomnianego ciała, zwanego w skróceniu Prontosil rubrum lub chlorowodorkiem sulfamidochryzoidyny. Oto w jaki sposób uczeni ci doszli do Prontosilu: barwniki organiczne posiadają, jak wiadomo, połączenie azowe —N—N—. Ciała barwnikowe były już znane oddawna pod nazwą chryzoidyny, dodając grupę sulfamidową SO^2NH^2 w odpowiedniej pozycji, otrzymuje się sulfamidochryzoidynę — Prontosil.

Podany doustnie lub wstrzyknięty podskórnie myszom zakażonym paciorkowcem hemolitycznym, preparat ten ratuje zwierzęta od śmierci w różnych *okresach czasu*. Ten ostatni fakt dał do myślenia autorom niemieckim, że Prontosil pobudza siły obronne ustroju, a nie jest antyseptykiem zabijającym drobnoustrój in vivo, tym bardziej, że Prontosil nie posiadał własności bakteriobójczych in vitro. Jednak zastosowany ten związek azosulfamidowy u ludzi leczy zakażenia paciorkowcowe. Wkrótce potem we Francji *Levaditi* i *Weissmann*, potwierdzając odkrycie *Domagka* dowiedli, że Prontosil działa jednak bakteriobójczo in vivo, co spowodowało wyrzucenie na rynek nowego preparatu francuskiego, podobnego do Prontosilu zwanego Carboxy-sulfamido-chryzoidyną czyli Ru-

biazolem. (Grupa karboksylowa COOH — dołączona do pierścienia chryzoidynowego nadaje preparatowi mniej intensywne zabarwienie). Po tym odkryciu zapytano się odrazu jaka część ciała azosulfamidowego rozszczepiona in vivo jest czynną w Prontosilu i oto w końcu r. 1935 *Trefouel, Nitti* i *Bovet* w pracowni profesora Fourneau w Paryżu dowiedli, że tylko *pierścień benzenowy*, do którego jest przyczepiona *grupa sulfamidowa* i który po zredukowaniu związku azosulfamidowego staje się w organiźmie ciałem zwanym paraaminofenylsulfamidem, jest czynnym przeciw paciorkowcom in vivo i in vitro, podczas gdy połączenie azowe i drugi pierścień aminobenzenowy są nieczynne. Połączenie azowe nadaje tylko *kolor* preparatowi, drugi zaś pierścień aminobenzenowy jest zupełnie niepotrzebny. W ten to sposób Francuzi wynaleźli nowe ciało już zupełnie bezbarwne.

Ciało to nazywa się 1162 F. Zaraz po tym doniesieniu o streptokobójczym działaniu 1162 F. (paraaminobenzensulfamid) zaczęto badać na wielką skalę działanie i własności tego preparatu, najpierw w Anglii i Ameryce (Colebrook, Buttle, O'eara, Long, Bliss, Gray i Stevenson) potem we Francji i Niemczech i spostrzeżono, że ciało to nietylko działa na streptokoki, pneumokoki, maningokoki, laseczkę okrężnicy, lecz także i na gonokoki. Zastosowano je więc odrazu w *rzeżączce* u ludzi. Wobec tego jednak, że nie uznano jeszcze wcale ani dawkowania ani objawów ubocznych tego nowego ciała, stosowano je na ślepo. Wkrótce po tych doświadczeniach na ludziach spostrzeżono, że 1162 F wywołuje cały szereg objawów ubocznych, które zmuszają lekarzy do zastanowienia się nad sposobem jego stosowania.

Levaditi myśli, że 1162 F. jest bardziej niebezpieczny od Prontosilu. gdyż prędzej się rozchodzi we krwi i prędzej uszkadza tkanki, podczas gdy związek azosulfamidowy jest mniej szkodliwy, dlatego że rozkłada się wolniej dając w ustroju dopiero po powolnym rozłożeniu się jego czynny składnik — 1162 F.

Badania nad ciałami sulfamidowymi idą w tempie iście błyskawicznym. Odkrycia postępują za odkryciami. Ostatnio spostrzeżono, że grupa sulfamidowa SO^2NH^2 nie jest jedyną zdolną do walki z mikrobem. Wobec tego, że siarka gra olbrzymią rolę w lecznictwie chorób bakteryjnych, nowe organiczne ciała siarkowe okazały się też aktywne w rzeżączce. W maju 1937 r. zjawiły się prace *Buttle'a* w Anglii i współpracowników Fourneau we Francji, wykazujące czynność bakteriobójczą nowych pochodnych siarki, a mianowicie:

Siarczków i dwusiarczków odkrytych przez Fourneau, Trefouel, Nitti i Bovet.

Sulfonów — odkrytych przez *Buttle, Stephenson, Smith, Deving, Forster* i *Fourneau.*

Sulfoxydów — odkrytych przez *Girarda* i jego współpracowników.

Widzimy z tego, że ani grupa sulfamidowa SO^2NH^2 ani azosulfamidy nie są jedynymi związkami przeciwbakteryjnymi. Inne związki siarkowe nie rozkładające się w organizmie na 1162 F. też działają bakteriobójczo. Z tych nowych ciał pochodnych siarki najczęściej stosowany we Francji w rzeżączce jest Sulfon zwany 1399 F. = di (paraacetylaminofenyl) sulfon = Rodilon.

Badania nad tym ciałem wykazały, że jest ono nie tylko najsilniejszym w działaniu przeciw streptokokom, pneumokokom i gonokokom ale co najważniejsze jest ono *najmniej trującym* ze wszystkich wyżej wymienionych związków.

To nowe odkrycie pobudziło jeszcze bardziej chemików do dalszych prac nad nowymi pochodnymi siarki. To, co dzisiaj wydaje nam się dobre, może jutro okazać się gorsze od nowego preparatu. *Levaditi, Weissmann* i *Girard* starali się przekonać na zwierzętach, które ze 140 ciał dostarczonych im przez chemików najlepiej działają w rzeżączce.

Zwiększając jadowitość gonokoków przez dodanie mucyny do pożywki (metoda Millera, Castlesa, Nungastera i Wolfa), autorzy ci wstrzykiwali do otrzewnej białej myszy te zmienione pożywki i dowiedli, że w rzeżączce czynne są następujące preparaty:

1162 F. = paraaminofenylsulfamid = Septoplix.

1399 F. = Diparaacetylaminofenylsulfon = Rodilon.

DB 90 = Paraaminobenzensulfonylaminofenyldimetilsulfamid = Uliron.

62 Girard = który jest sulfoxydem.

110 Girard, który jest sulfonem.

113 Girard, który jest sulfamidem.

Z tych wszystkich preparatów, najczęściej stosowane w rzeżączce są: 1162 F — 1399 F — DB 90.

W Polsce preparaty bezbarwne pochodne 1162 F są: Antistreptin, Prontosil album., Septazin — Spiess.

(Dokończenie nastąpi).

STRESZCZENIA Z CZASOPISM OBCYCH.

Dr. MATHIAS ROLLER. *Leczenie wrzodów żołądka i dwunastnicy i chronicznego kataru żołądka insuliną.* (Medizinische Klinik Nr. 34; 26 sierpnia 1938 r.).

Autor leczył insuliną 7 przypadków wrzodu żołądka, 8 przypadków wrzodu dwunastnicy i 14 przypadków chronicznego kataru żołądka z doskonałym rezultatem.

Insulina stosowana była podskórnie 3 razy dz. w ilości najczęściej 10 do 15 j. na dawkę, przed posiłkami składającymi się z normalnie dobranego mieszanego pożywienia, w pierwszych 2 tyg. bez mięsa. Jeśli mimo to ustępowały bóle, dawano dodatkowo 15 do 20 jednostek, uzyskując po 15 — 20 minutach w każdym wypadku efekt całkowity. Objawy hyperglikemii łagodzono podawaniem biszkoptów lub osłodzonej herbaty. W ten sposób osiągano w ciągu kilku dni zupełną poprawę, o ile chodzi o dolegliwości subjektywne, zaś kontrola rentgenologiczna po 3 — 4 tyg. wykazywała częściowe lub całkowite zagojenie wrzodu. Rezultat osiągnięty pozostawał trwały, mimo włączenia po 2 tyg. do jadłospisu mięsa, jak również po zaprzestaniu zastrzyków insuliny.

Wyższość terapii insulinowej nad np. terapią mleczną polega między innymi i na tym, że chorzy otrzymując pożywienie mieszane są lepiej zaopatrywani w potrzebne witaminy. Tak np. brak witaminy C odgrywa dużą rolę w powstawaniu wrzodu żołądka i dwunastnicy, a właśnie ta witamina jest w diecie mlecznej bardzo słabo reprezentowana. Również duża zawartość witaminy A w mleku przyczynia się do wzmożonego wydzielania się kwasu żołądkowego.

Niektórym pacjentom należy ilość insuliny ograniczyć do 25 j. dziennie, a czasem nawet do 3 × po 5 j., zwiększając powoli dawkę, gdy ilość spożywanego pożywienia wzrośnie. Po zakończeniu kuracji pacjent może przyjmować pokarm mieszany i winien unikać przekarmienia.

Dr. Zofja Mackiewicz.

———:o:———

PH. PAGNIEZ. *Leczenie choroby Vaquez'a dietą ubogą w białko.*

Radioterapia i fenylhydrazyna powodują wprawdzie zmniejszenie ilości czerwonych krwinek, ale na czas krótki. Ostatnio wprowadzono (Herzog 1936 r.), leczenie choroby Vaquez'a dietą ubogą w białko, która daje znacznie lepsze i trwalsze wyniki.

Podawanie diety ubogiej w białko w chorobie Vaquez,a ma znaczenie zarówno praktyczne jak i teoretyczne, gdyż może rzucić nowe światło na patogenezę tej jednostki chorobowej.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

DESOILLE. *Leczenie doraźne zatruć.* (Bull. génér. de Therap. lipiec 1938).

We wszystkich przypadkach zatrucia ustroju powinniśmy dążyć do: 1-o wydalenia i zniszczenia truczny oraz 2-o leczenia skutków wywołanych trucizną.

1-o w celu wydalenia i zniszczenia trucizny stosujemy przemywanie żołądka, wywołujemy wymioty przez podrażnienie tylnej ściany gardzie-

li — podanie ipecacuanhae 0,5 lub przez wstrzyknięcie podskórne 5 mgr. apomorfiny. Jeżeli trucizną nie jest: sublimat, arszenik lub ług — to podajemy środki przeczyszczające albo doustnie albo przez sondę, gdy chory jest nieprzytomny. Pozostałą w ustroju truciznę należy zobojętnić lub ją związać w substancję nierozpuszczalną. W każdym przypadku możemy podawać 3 — 4 białek od jajek w jednym litrze wody, następnie 2 gr. taniny w 400 cm^3 wody albo wygotowaną korę drzewa dębowego lub orzechowego. Poza tym — stosujemy węgiel sproszkowany. W każdym przypadku zatrucia stosujemy podskórnie wlewanie soli i cukru (4,7%), następnie glukozę dożylnie i kroplówkę.

2-o w celu pobudzenia ustroju podajemy carbogen w inhalacji lub podskórnie, następnie sztuczne oddychanie metodą Schäfera. Ze środków leczniczych przede wszystkim podajemy lobelinę 10 mg. podskórnie lub domięśniowo, a 3 mg. dożylnie, w/g Binnet'a. Coffeina jest najlepszym środkiem pobudzającym, gdyż działa na serce i na oddech. Dajemy też camphorę, coraminę. Czasami potrzebna jest Oubaina. W razie collapsu naczyniowego — adrenalinę. W wypadku obrzęku płuc upust krwi. Jeżeli chory ma bóle żołądka — to podajemy lek następujący:

Rp.	Cocaini muriat.	0,1
	Aquae calcis	70.0
	Sir. simpl.	30,0
	Aquae destill.	150,0

W razie silniejszych bólów czopki z pantoponem. Jeżeli trucizna uszkadza wątrobę jak: arszenik, apiol i t. d. — podajemy preparaty wątrobowe. Po silnych wymiotach — celem zapobiegania hypochloremii — podajemy sól fizjolog. do żyły.

Dr. P. Heryng.

—:o:—

G. VILLEY, J. F. BUVAT-POCHON *Rola roztworów hypertonicznych w leczeniu migreny.* (Revue Neurologique. T. 70N. 1).

Roztwór hypertoniczny chlorku sodu (10 — 20%) stosowany w okresie największego nasilenia bólu głowy przynosi bardzo szybko ulgę a na-

stępnie całkowite ustąpienie napadu. Ma on jednak wpływ bezpośredni nie tylko na sam napad, lecz odbija się korzystnie na całej chorobie, zmiejszając częstość i natężenie napadów, a nieraz nawet doprowadza do zupełnego wyleczenia. Autorzy wysuwają myśl, że wpływ korzystny innych leków zależy od tego, że są one hypertoniczne w stosunku do cieczy ustrojowych i przypuszczają, że działanie roztworów hypertonicznych polega na zmniejszeniu ciśnienia śródczaszkowego.

Dr. Gelbard.

———:o:———

Dr. CARL WEYSSER (Asystent Kliniki Ginekologicznej Siloah w Pforzheim; naczelny lekarz: dr. P. Feldweg). *Leczenie grożącego poronienia za pomocą Vigantolu.* (Deutsche medizinische Wochenschrift 1937, Nr. 8, str. 307).

Każdy przypadek grożącego poronienia leczy autor przez zastosowanie absolutnego spokoju, opium i Vigantolu (3 razy dziennie po 1 kropli roztworu olejowego). Wyniki, uzyskane przy zastosowaniu tej metody, są liczbowo lepsze, niż otrzymane leczeniem bez Vigantolu. Spośród 88 przypadków z objawami grożącego poronienia urodziło normalnie 48 (55%). Spośród 8 pacjentek, które z powodu uprzednich poronień otrzymywały zapobiegawczo Vigantol, 6 urodziło zdrowe dzieci. Autor domaga się, aby w każdym przypadku grożącego poronienia stosowano przez odpowiedni czas ten sposób leczenia zanim przystąpi się do skrobanki.

———:o:———

Dr. W. WURM. *W sprawie zatruć środkami nasennymi i tlenkiem węgla.* (Angewandte Chemie, Rocznik 51, Nr. 21, str. 304, z dn. 28 maja 1938 r.).

Autor donosi o 120 przypadkach zatruć środkami nasennymi i tlenkiem węgla leczonych w miejskim Szpitalu w Szczecinie w latach 1935 — 1937. Bardzo ważne prognostycznie okazało się wstrzyknięcie dożylne 5,5 ccm. Coraminy. Jeżeli wstrzyknięcie to spowodowało niewielkie choćby i przemijające działanie budzące, rokowanie było dobre. Spośród 128 przypadków 4 nie reagowały zupełnie i te skończyły się śmiertelnie. W sposób wyczerpujący omawia autor zaburzenia mózgowe i uszkodzenia serca po zatruciach tlenkiem węgla. Na podstawie historii choroby opisuje ciężkie schorzenia mięśnia sercowego wywołane przewlekłym zatruciem tlenkiem węgla. *Dr. Wł. Kurowski.*

———:o:———

LOUIS LEROUX. *Leczenie ostrego zapalenia migdałków u dorosłych.* (Progrès Médical, Czerwiec 1938).

Autor podaje swoją metodę leczenia ostrego zapalenia migdałków.

Przede wszystk'm należy uspokoić bóle gardzieli i pozwolić choremu odżywiać się. W tym celu najlepiej działają kąpiele ustne przy pomocy uspokajających środków jak chloral. Płukania te są o wiele lepsze od pendzlowania gardzieli nawet takimi środkami przenikającymi jak błękit metylenowy. O wiele lepsze są rozpylania b. rozcieńczonych roztworów kokainy z adrenaliną, które zmniejszają obrzęk migdałków i przyczyniają się do oczyszczenia tychże. Tak samo działa syfonowanie zwykłą wodą selcerską, lub rozpylanie albo płukanie stężonymi roztworami soli. Na zewnątrz stosujemy gorące wilgotne okłady, do których dodajemy środki rozgrzewające, które mają na celu pobudzenie sił obronnych układu chłonnego. Oprócz tego autor stosuje ogólne leczenie przeciwinfekcyjne. Obok Collargolu i uroforminy najlepsze wyniki otrzymał autor, stosując rozpuszczalne sole bizmutu w ilości 2 cm^3 dziennie domięśniowo.

Trzeba najpierw się upewnić, czy w moczu niema białka i czy zęby są w dobrym stanie. To leczenie jest wystarczające w przypadkach o średnim nasileniu, kiedy nie stwierdza się ani obrzęków języczka, ani ropni okołomigdałkowych, ani powikłań. Jeżeli zaś bizmut nie działa, lub obawiamy się powikłań, to wtedy stosujemy szczepionkę wieloważną. Rozpoczynamy zwykle od szczepionki, nie dającej wielkiego wstrząsu, tak jak to robi propidon. Szczepionkę należy powtórzyć kilkakrotnie, w celu zapobiegania powstaniu ropni okołomigdałkowych. Po wyleczeniu ostrego zapalenia migdałków, najważniejszą rzeczą jest zapobieganie przyszłemu zapaleniu. Jedyną i najlepszą metodą jest wtedy amygdalektomia, którą można zalecić w każdym wieku. Obecnie szereg autorów wysuwa myśl wycięcia migdałków na gorąco, jako jedyne racjonalne leczenie ostrego zapalenia migdałków. Zresztą ten zabieg jest już stosowany w phlegmonii okołomigdałkowej i w trombophlebitach żył szyjnych, wreszcie w zapaleniu wrzodziejącym migdałków. Należy się spodziewać, że w przyszłości leczenie ostrego zapalenia migdałków będzie wyłącznie chirurgiczne.

Dr. A. Postolski.

———:o:———

JOHAN KLOSTER, AKER (Norwegia). *Leczenie delirium tremens witaminą B.* (Der Nervenarzt, Sierpień 1938, Zesz. 8).

Liczne komplikacje chronicznego alkoholizmu są obecnie łączone z brakiem witaminy B, u alkoholików. Brak ten powstaje na skutek wadliwego odżywiania się alkoholików i z powodu częstych schorzeń przewodu pokarmowego (cząsteczki wit. B, szybko giną w środowisku zasadowym).

Autor przytacza 2 przypadki delirium tremens leczone witaminą B. W jednym przypadku zastosowano 5 cm. Betabion „forte" dożylnie (co odpowiada 50 mg. krystalicznej wit. B.), pacjent spał po zastrzyku blisko godzinę i obudził się zupełnie przytomny. W drugim przypadku po uprzednim bezskutecznym stosowaniu środków nasennych, osiągnięto trzema ctm. Betabionu „forte" plus 15 kropli thebaicini spokojny sen z zupełnym ustąpieniem podniecenia i halucynacji w dniu następnym. Leczono też wyłącznie witaminą B 10 pacjentów, którym groziło delirium tremens, przy czym ośmiu z nich spało po zastrzykach całą noc spokojnie, stwierdzono zmniejszenie się podniecenia i drżenia. Dawano 20 — 80 mg. witaminy B 1 do 3 × dożylnie w odstąpach godzinnych. Zwraca uwagę szybkość, z jaką ustępują zaburzenia psychiczne po zastosowaniu witaminy B. Autor gorąco zaleca przeprowadzenie dalszych prób.

Dr. Zofia Mackiewicz.

———:o:———

M. BRULE I J. COTTET. *Zaburzenia diurezy w przebiegu żółtaczek.* (Presse Méd. Nr. 68 1938 r.).

Badania nad przemianą wodną w różnych postaciach schorzeń wątrobowych wykazały bardzo znaczne odchylenia od normy. Zwłaszcza próby Vaqueza i Cotteta t.zw. próba na diurezę wywołaną (diurese provoqué) pozwala nieraz na postawienie właściwego rozpoznania i rokowania. Autorzy przeprowadzili próbę w następujący sposób. Początkowo ustalano dietę, która polegała na ograniczeniu ilości posiłków do 3, z tym zastrzeżeniem, że pacjent dostaje zrana o godzinie 9-ej 250 cm^3 mleka. w południe i o 19-ej po 2 szklanki płynu. Chlorki autorzy podawali w umiarkowanej ilości. Następnie w ciągu 2 dób zbierano mocz: 1 — od godziny 21-ej do 7-ej, następnie od 7-ej do 9-ej, wreszcie od 9-ej do 21-ej. Przy końcu każdego z tych okresów pacjent musiał opróżnić pęcherz, a ilość oddanego moczu zaliczano do okresu, który się kończył. Każdorazowo określano ilość i ciężar gatunkowy moczu. Pierwszego dnia pacjent wstawał o 9-ej, drugiego — o 7-ej. Pierwszego i drugiego dnia wypijał pomiędzy godziną 6 i ½ a 7-mą w trzech porcjach 600 cm.^{3} wody ewiańskiej. U normalnego człowieka bezpośrednio po wypiciu płynu występował wielomocz, tak że w ciągu 2 godzin ilość moczu dorównywała, a nieraz nawet przewyższała ilość przyjętej wody. Wielomoczowi towarzyszył

spadek ciężaru gatunkowego do 1005. Pozycja stojąca nieznacznie wzmagała wielomocz. Ilość nocna moczu przewyższała ilość dzienną (stosunek wynosił 1 : 3). Ciężar gatunkowy w nocy podnosił się do 1025, zrana wynosił 1005, w ciągu dnia 1015. W przypadkach żółtaczki hemolitycznej, jak również żółtaczki zależnej od zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego (w okresie początkowym), próba wodna wypadała prawidłowo. Jeżeli zamknięcie przewodu żółciowego utrzymywało się przez dłuższy czas diureza zaczynała się zmniejszać, próba Vaqueza-Cotteta wykazywała odchylenia od normy. Najwyraźniejsze jednak odchylenia od normy wykazywały przypadki żółtaczki nieżytowej: ilość moczu zmniejszała się, stosunek ilości dziennej i nocnej moczu wyrównywał się, po spożyciu wody ilość wydalanego moczu nie wzrastała, lecz nawet się zmniejszała; pozycja stojąca wzmagała skąpomocz. Ciężar gatunkowy moczu zwiększał się. Charakterystyczne jest, że najgorsze wydalanie wody notowano w początkach choroby, co różni zasadniczo żółtaczkę nieżytową od żółtaczki zalenej od zamknięcia przewodu żółciowego wspólnego. W miarę cofania się choroby poprawiała się diureza i ta poprawa poprzedzała pojawienie się barwików żółciowych w kale. Jeśli diureza w przebiegu żółtaczki nieżytowej nie uległa zmianie było to złym znakiem prognostycznym .W przebiegu marskości wątroby stopień zaburzeń przemiany wodnej zależy od nasilenia choroby. Próba wodna nie zawsze pokrywała się z próbą wykonywaną z galaktozą; jest ona naogół od niej pewniejsza. Wynik próby wodnej nie zależy od niedomogi wątroby, jest on raczej dowodem schorzenia uogólnionego, jakim jest według autorów żółtaczka nieżytowa, skutkiem zaburzeń tkankowych, które zawiadują przemianą wodną.

Dr. Gelbard.

———:o:———

Dr. WOLFRAM, W. KUEHNAU *Wyleczenie pellagry amidem kwasu nikotynowego.* (Medizinische Klinik Nr. 33, 19 sierpnia 1938 r.).

Autor cytuje 2 przypadki wyraźnej pellagry z dużymi zmianami skórnymi u chorych psychicznie, wyleczone zastrzykami amidu kwasu nikotynowego („Pyridinkarbosäure Amid“ firmy Merck). Stosowana

uprzednio terapia witaminowa rezultatu nie osiągnęła. W obu przypadkach stan skóry poprawił się już po kilku dniach. Na stan psychiczny, który według autora może był w związku z pellagrą, leczenie nie miało wpływu, tak samo zresztą, jak i na zmiany neurologiczne w innym przypadku. Jednakże autor wyraża nadzieję, że może wczesnym leczeniem udałoby się zapobiec wystąpieniu obj. psychicznych i neurologicznych. Autor uważa amid kwasu nikotynowego za „ten" czynnik, wchodzący w skład fermentów kozymozy i kodehydrazy, którego brak powoduje pellagrę człowieka. *Dr. Zofia Mackiewicz.*

———:o:———

Doc. dr. JOHANN MOSONYI i doc. dr. ZOLTAN ASZODI. (Z Zakładu Fizjologiczno-Chemicznego Uniwersytetu w Budapeszcie. Kierownik tymczasowy: doc. pryw. dr. J. Mosonyi). *Wpływ witamin B_1 i C na wyspy Langerhansa poprzez nerw błędny.* (Klinische Wochenschrift 1938, Nr. 10, str. 337).

Autorzy stwierdzili u osobników z prawidłową przemianą materii i u diabetyków, że przez dożylne stosowanie witaminy C i witaminy B_1 (w postaci Betabionu) obniża się poziom cukru we krwi a równolegle zwiększa się wydzielanie insuliny. Przy stosowaniu witaminy B_1 występuje wprawdzie nieznaczna hiperglikemia przed obniżeniem się poziomu cukru we krwi. Wobec ważnych tych wyników nasunęła się myśl, ażeby przez wielokrotne stosowanie witamin B_1 i C zwiększać aktywność wysp Langerhansa. Przypuszczenie autorów znalazło potwierdzenie w wynikach leczniczych, uzyskanych u 7 diabetyków. Okazało się, że dłuższe (częściowo pozajelitowe, częściowo doustne) stosowanie obu witamin (B_1 i C) zwiększało znacznie tolerancję na węglowodany, a czasami nawet zupełnie zastępowało u diabetyków insulinę.

Stanisław Domicz, lekarz.

———:o:———

MOREL KAHN. *W sprawie leczenia zmian w skórze wywołanych promieniami Roentgena.* (La Presse Médicale, Nr. 60, 1938 r.).

W marcu b. r. w czasopiśmie Journal de Radiologie et d'Electrologie Sohièr i Gineys podają wyniki leczenia radiodermitu witaminem A.

Radiodermitis jest to schorzenie bardzo bolesne, uporczywe, trwające miesiące a nawet lata, schorzenie poważne, ciężkie, czasem śmiertelne. Proponowano różne środki, przy czym efekt leczniczy jest niestały. Z dotychczasowych środków jedynie pomada insulinowa dawała niezłe wyniki, a promienie podczerwone wywierają działanie znieczulające i powodują bliznowacenie.

Witamin A stosowany w postaci maści daje bardzo dobre wyniki miejscowe i wpływa wyraźnie na stan ogólny chorego. Ze względu na to,

że schorzenie to występuje coraz częściej, ta prosta metoda zasługuje na większą uwagę.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

M. PORTES et MAYER. *Stosowanie carbogenu w zamartwicy noworodków.* (La Medecine, Lipiec 1938).

Leczenie zamartwicy noworodków carbogenem stanowi właściwie fizjologiczne ożywienie. Zasada tej metody polega na tym, że dwutlenek węgla działa pobudzająco na ośrodek oddechowy, podczas gdy tlen konieczny do odżywiania tkanek powoduje wstrzymanie oddechu. Normalnie w ustroju ilość kwasu węglowego w powietrzu pęcherzyków płucnych jest wielkością stałą i wynosi 5.6% — niezależnie od zawartości powietrza wdychanego. Wystarczy, aby ilość CO_2 w pęcherzykach płucnych bardzo nieznacznie się powiększyła — a już występuje potężna hyperwentylacja, np. przy powiększeniu CO_2 alweolarnego o 0.2% (co odpowiada 4 — 5% CO_2 w powietrzu wdychanym), występuje 100% hyperwentylacja płucna. Odwrotnie, zmniejszenie CO_2 w pęcherzykach o 0.2% wywołuje apnoe. W zamartwicy mamy do czynienia z dwojakim zaburzeniem: 1-o ośrodek oddechowy jest przytłumiony i 2-o wytwarza się kwasica, przejawiająca się w zmniejszeniu PH i rezerwy alkalicznej. Aby pobudzić ośrodek oddechowy, należy w tym wypadku wprowadzić mieszaninę gazu, zawierającą odpowiednią ilość tlenu dla odżywiania tkanek, a szczególnie CO_2 w ilości przewyższającej normalną zawartość tego gazu w pęcherzykach. Ta mieszanina nazywa się carbogen i zawiera 95% tlenu i 5% CO_2. Autorzy stosowali carbogen w zamartwicy, spowodowanej różnymi przyczynami, a więc przy urazach porodowych: cięcie cesarskie, (kleszcze, poród pośladkowy, wypadnięcie pępowiny), w kile, u wcześniaków oraz w wypadkach porodu normalnego, ale przy zamartwicy noworodka.

Czas stosowania carbogenu zależny jest od zachowania się noworodka — czasami trwa 20 minut — a czasami nawet godzinę. Po ocuceniu noworodka, stosuje się jeszcze dodatkowo 10 minutowe inhalacje carbogenu co godzina co dwie lub trzy, stosownie do przypadku. Zależnie od ciężkości przypadku możemy zmieniać skład stosowanego carbogenu, a mianowicie przy aparacie istnieje specjalne urządzenie, służące do regulowania dopływu tlenu oraz CO_2, których ilości w poszczególnym przypadku mogą się przedstawiać np. w stosunku 90 : 10. Carbogen wywołuje hyperwentylację, wyrażającą się w oddechach o wielkiej amplitudzie. Siłą wydechu zostaje usunięty śluz nagromadzony w oskrzelikach oraz wody płodowe, które mogły się dostać podczas asfiksji wewnątrzmacicznej. W ten sposób CO_2 stanowi także środek zapobiegawczy przeciwko zastojowi płucnemu, który jest najczęstszym powikłaniem śmier-

telnym przy zamartwicy. Praktycznie stosujemy carbogen w następujący sposób:

a) ogrzać noworodka i usunąć palcem śluz z jamy ustnej.

b) Jeżeli noworodek nie oddycha, wprowadzamy do ust rurkę gumową z balonu, napełnionego carbogenem — następnie zatykamy jego nos i stosujemy sztuczny oddech, poruszając ręce i nogi równomiernie. Przy każdym sztucznym wdechu pomocnik uciska balon.

Ten zabieg trwa tak długo, aż noworodek zacznie sam oddychać.

c) Jeżeli noworodek oddycha nieregularnie, jest siny i nie krzyczy — to nie stosuje się sztucznego oddechu tylko — przy każdym wdechu uciskamy balon z carbogenem.

d) Nawet gdy noworodek zacznie już sam oddychać regularnie — to jeszcze stosujemy carbogen przez 15 minut.

Następnie podajemy carbogen co 3 godziny przez 10 minut.

e) Podczas zabiegu nie należy stosować ani skórnych pobudzeń, ani polewań. ani nacierań, ani uderzeń.

f) Podawanie samego tlenu lub lobeliny jest niewskazane.

Dr. P. Heryng.

———:o:———

Dr. JOSEF FRISCH. *W sprawie leczenia całkowitym wyciągiem męskich gruczołów płciowych.* (Aerztliche Korrespondenz, Zeszyt 5, str. 117—119, 10 marca 1938 r.).

Autor otrzymywał dobre wyniki, stosując Androstinę: w nerwicy płciowej z otyłością i przedwczesnym wytrysku nasienia, w nasieniotoku, w stanach depresyjnych a przedewszystkim w przeroście gruczołu krokowego. Szczególnie dobre rezultaty otrzymał po wstrzykiwaniach Androstiny u 74-letniego mężczyzny z przerostem gruczołu krokowego, zapaleniem pęcherza moczowego i znacznym zaleganiem moczu. Pacjent był do tego stopnia wyczerpany, że o zabiegu operacyjnym nie mogło być mowy. Po 6 wstrzyknięciach Androstiny chory poczuł się tak dobrze, że mógł wstać z łóżka; po 30 wstrzyknięciach i jednoczesnym leczeniu doustnym oddawanie moczu odbywało się bez żadnych trudności a gruczoł krokowy uległ znacznemu zmniejszeniu. W drugim przypadku po 8 wstrzyknięciach Androstiny zaburzenia w oddawaniu moczu złagodniały, po 12 ustało zaleganie moczu w pęcherzu, a gruczoł krokowy stał się miększy i mniejszy.

Dr. med. Wł. Kurowski.

———:o:———

G. i R. LEVEN. *Myt o autointoksykacji u ludzi cierpiących na zaparcie.* (Presse Méd. Nr. 68 r. 1938).

Autorzy twierdzą, że tak bardzo rozpowszechnione zdanie o samozatruciu u ludzi cierpiących na zaparcie nie ma żadnego uzasadnienia nau-

kowego. Nikt dotychczas nie udowodnił, że produkty toksyczne wytwarzane w jelicie zostają zresorbowane i dostają się do krwiobiegu. Resorbcja jelitowa u ludzi z zaparciem jest zmniejszona. Ściana jelita stanowi nieprzezwyciężoną przeszkodę dla wtargnięcia bakterii. Sztuczne uszkodzenie śluzówki za pomocą różnych metod leczniczych: farmakologicznych, przepłukiwań, diety i t. d. może stać się powodem przerwania tej naturalnej bariery i spowodować cały szereg objawów chorobowych. Wychodząc z tego założenia, autorzy przeciwni są stosowaniu diety owocowo-jarzynowej jako diety sprzyjającej powstawaniu stanu spastycznego jelit, który odgrywa znacznie większą rolę w powstawaniu zaparcia niż atonia. Nie stosują oni również przepłukiwań jelit, które drażnią śluzówkę, uciekając się co najwyżej do lawatywy z 300 cm^3 płynu pod małym ciśnieniem. Również stosowanie środków z grupy laxantia jest według autorów niebezpieczne a conajmniej bezcelowe.

Dr. Gelbard.

PRZEGLĄD KARDIOLOGICZNY.

A. M. SIGAL. *Skurczowe i rozkurczowe działanie naparstnicy.* (Kliniczeskaja Medicyna Nr. 6, 1938 r.).

Oprócz skurczowego działania, które jest najlepszym miernikiem jej skuteczności i które wyraża się w zwolnieniu rytmu serca, wywiera naparstnica także działanie rozkurczowe. Brak rozkurczowego działania naparstnicy nie może być dowodem tego, że dany ustrój nie oddziaływuje na naparstnicę. Wpływ naparstnicy zależny jest od dawkowania i odczynu mięśnia sercowego i aparatu nerwowego serca.

W chorobach zakaźnych i u gorączkujących chorych rozkurczowe działanie naparstnicy z reguły nie występuje, nie można jednak negować w tych przypadkach dodatniego skurczowego działania naparstnicy.

Brak rozkurczowego działania naparstnicy u chorych z niewydolnością krążenia w przypadkach, w których skurczowe działanie występuje wyraźnie, ma znaczenie rozpoznawcze gdyż przemawia za skrycie przebiegającym zapaleniem wsierdzia.

Dr. B. Szalita.

———:o:———

KISCH F. *Próba pracy i leczenie środkami rozszerzającymi naczynia chromania przestankowego* (Wiener Archiv für Innere Mediz. 32.71.1938 32. 28 luty).

Obserwując 53 przypadki chromania przestankowego, autor podaje próbę pracy, która ma na celu sprawdzenie stanu czynnościowego obsza-

ru ukrwionego przez uszkodzone naczynia. Próba ta polega na wywołaniu bólu, spowodowanego przez schorzenie (chromanie). W tym celu chory zgina bez przerwy nogę (udo i podudzie) w ciągu 30 minut. Notuje się chwilę kiedy ból się pojawia. Ta próba nie tylko pozwala ustalić zdolność czynnościową dotkniętej kończyny, ale też pomaga w zorientowaniu się o skuteczności leków naczynio-rozszerzających, zdolnych do przywrócenia krążenia.

Odnośnie leczenia Kisch wypróbował alkoholowy roztwór nitrogliceryny, podając 3 krople jednorazowo, następnie teofilinę, etylenodiaminę, kofeinę i alkohol (whisky, Cognac). Poza tym obserwował działanie ucisku, zimna i ciepła na kończynę dolną.

Próbował również działanie hormonu pęcherzykowego (follikuliny), masażu i diety bogatej w wapń i witaminy (owoce, jarzyny, pomidory, mleko, masło, sery, cukier). Stosując powyższą dietę wraz z kawą, koniakiem i nitrogliceriną, autor miał 40% wyleczeń.

Dr. A. Boczko.

DZIAŁ SPOŁECZNO - LEKARSKI.

BIULETYN PRASOWY
ZWIĄZKU UZDROWISK POLSKICH.

Sprawozdanie z posiedzenia Komisji Morskiej przy Związku Uzdrowisk Polskich.

Dnia 14 b. m. odbyło się w Warszawie posiedzenie Komisji Morskiej Związku Uzdrowisk Polskich przy współudziale delegatów Ministerstw Opieki Społecznej, Spraw Wewnętrznych, Komunikacji, Ligi Popierania Turystyki, Starostwa Morskiego, Komisariatu Rządu w Gdyni, lekarzy klimatycznych wybrzeża i przedstawicieli kąpielisk. Przewodniczył — wobec choroby płk. Wielowieyskiego przewodniczącego Komisji — p. prez. Michał Benisławski.

Dłuższe sprawozdanie z działalności udzielone przez sekretariat Komisji dotyczyło akcji propagandowej w prasie, opracowania projektów dalszej propagandy, starań o fundusze na te cele i t. p. W wyniku dyskusji powzięto szereg uchwał. Postanowiono opracować plan należytej organizacji lecznictwa morskiego i poczynić starania w kierunku możliwie natychmiastowego uruchomienia na Wybrzeżu zakładu leczniczego, czynneco cały rok, np. w postaci szkoły sanatoryjnej na wzór istniejących w Rabce.

Druga uchwała Komisji zapadła w sprawie uregulowania kwestii campingów. Obecnie panuje w tej dziedzinie wielki chaos, gdyż rozmaite

organizacje (szkolne, akademickie, harcerskie, wojskowe, sportowe i t. p.) urządzają swoje obozy na własną rękę i wprowadzają niepokój do życia kuracjuszy. Sprawa ta powinna być uregulowana przepisami wydanymi przez władze administracji ogólnej.

W celu położenia podwalin pod prace naukowo-badawcze nad lecznictwem morskim w Polsce, postanowiono zwrócić się do Komisariatu Rządu w Gdyni, aby w nowo budującym się tam szpitalu utworzono specjalny dział, poświęcony badaniom nad talassoterapią. Uchwalono także zwrócić się do Instytutu Bałtyckiego o utworzenie specjalnego działu naukowo-lekarskiego i biblioteki, gromadzącej istniejącą literaturę z zakresu talassoterapii.

Niezależnie od podjętych starań o zwołanie następnego Zjazdu przyrodników i lekarzy w r. 1941 na wybrzeżu, postanowiono starać się aby następne doroczne posiedzenie Państwowej Naczelnej Rady Zdrowia (Sekcji Zdrojowisk i Uzdrowisk) odbyło się w Orłowie.

Poza tym przeprowadzono uzupełniające wybory do Komisji Morskiej, w wyniku których weszli w jej skład dyrektor kąpieliska Orłowo M. Węglowski, lekarze klimatyczni na Wybrzeżu dr. Natkański i dr. Mielżyński oraz delegat Ligi Popierania Turystyki.

Zebrani wysłuchali referatu o Zjeździe talassoterapii i organizacji lecznictwa morskiego w Niemczech. W Zjeździe tym, który się odbył w lutym b. r. w Kilonii, uczestniczył p. dr. Natkański.

Omawiając zauważone w ubiegłym sezonie nadmorskim braki, postanowiono zwrócić się do czynników miarodajnych o zaostrzenie kontroli co do stanu sanitarnego mieszkań i należytego utrzymania dróg na wybrzeżu, jak również poczynić starania o zwiększenie liczby instruktorów sportowych dla zorganizowania plaż w kąpieliskach, o uzupełnienie niedostatecznej ilości ławek, chodników i t. p., a także o zwiększenie liczby praktykujących lekarzy i rozszerzenie sieci aptek.

Komisja zajęła się również projektami propagandy wybrzeż w nadchodzącym sezonie martwym. M. in. postanowiono rozpisać konkurs na rozprawę naukowo-lekarską o lecznictwie morskim i wydać drukiem pracę wyróżnioną. Poza tym zamierza Komisja wydrukować szereg artykułów w prasie i wydać drukiem odczyt prof. Sabatowskiego o wybrzeżu morskim, wygłoszony w Warszawie w kwietniu r. b.

Mocą uchwały Komisia Morska zmieniła swą nazwę na KOMISJA UZDROWISK NADMORSKICH.

Lecznictwo sanatoryjne ubezpieczeń społecznych wkracza na nowe drogi rozwoju.

Lecznictwo sanatoryjne ubezpieczeń społecznych stanowi jedną z form leczniczej akcji zapobiegawczej i ma na celu walkę z chorobami

społecznymi, w pierwszym rzędzie z gruźlicą płuc. Podkreślić należy, że leczenie sanatoryjne nie jest objęte zakresem świadczeń ustawowych, do których każdemu ubezpieczonemu przysługuje roszczenię prawne. Zostało ono podjęte przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych niejako na marginesie bezpośrednich ustawowych zobowiązań, przede wszystkim w celu zapobiegania trwałemu inwalidztwu, jakie mogło by powstać w wyniku istniejących schorzeń lub wyczerpaniu organizmu.

Opublikowane ostatnio sprawozdanie z akcji sanatoryjnej za rok 1937 wskazuje na znaczne usprawnienie tej akcji oraz na jej rozrost w porównaniu z rokiem poprzednim. Fundusze przeznaczone na lecznictwo sanatoryjne wyniosły w r. 1937 — 4.650.000 zł., co w zestawieniu z r. 1936 stanowi wzrost o 27%. W sanatoriach przeciwgruźliczych leczyło się w r. 1937 — 4.181 chorych, przy czym przeciętny czas leczenia jednego chorego wynosił w poszczególnych sanatoriach od 43 do 61 dni. Wyraźną poprawę stanu zdrowia osiągnięto w 67 — 85% przypadkach. W sanatoriach zdrojowiskowych leczyło się w r. 1937 — 6.462 chorych, a przeciętny okres leczenia wynosił 27 — 29 dni. Wyleczenie lub wyraźną poprawę uzyskało 50 — 96% wszystkich chorych. W koloniach leczniczych dla dzieci w Kiekrzu pod Poznaniem oraz w Ciechocinku leczyło się w r. 1937 — 783 dzieci. Ze specjalnym naciskiem należy podkreślić, że w r. 1937 Zakład Ubezpieczeń Społecznych przystąpił do rozbudowy własnych sanatoriów przeciwgruźliczych, której wynikiem będzie zwiększenie liczby łóżek w tych sanatoriach o 1218.

Witając z uznaniem powyższe realne osiągnięcia nie można oczywiście zamykać oczu na braki, jakie wykazuje ciągle jeszcze akcja sanatoryjna ubezpieczeń społecznych. Do braków tych należy przede wszystkim długie wyczekiwanie chorych w kolejce na miejsce sanatorium oraz — w przypadkach gruźlicy — zbyt krótki przeciętny okres przebywania w sanatorium chorego. Braki powyższe mają swe źródło w niedostatecznych rozmiarach akcji sanatoryjnej, która rozporządza zbyt małą liczbą łóżek, aby mogła obsłużyć należycie wszystkich ubezpieczonych.

Pewną propagandę w tych stosunkach może przynieść wspomniana wyżej rozbudowa sanatoriów. Znacznie poważniejszą rolę może jednak odegrać zamierzone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych podjęcie na szerszą skalę lecznictwa wypoczynkowego — poza sanatoriami — dla tej bardzo licznej grupy osób, których stan zdrowia nie wymaga specjalnych zabiegów, lecz tylko wypoczynku pod opieką lekarza. Ze względu na stosunkowo nieznaczne koszty, jakie pociąga za sobą lecznictwo wypoczynkowe, będzie ono mogło objąć dość szeroki zakres osób, odciążając poważnie sanatoria i spełniając doniosłe zadanie społeczne umożliwienia warstwie pracującej należytego wyzyskania urlopu.

TREŚĆ

□ □

REDAKTOR: w/z Dr. N. Poznański

WYDAWCA: Mgr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
Złota 26 m. 5, tel 2.11-55.
Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia „Antiqua”, St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 5-04-91.